

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 octobre 1896 à 1 heure

PAR

René-Marie-Georges Aoustin

Né à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) le 31 Janvier 1870

Ancien externe des Hôpitaux

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LE MÉCANISME ET LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DE

LA PECTORILOQUIE APHONE

Président: M. STRAUS, professeur.

*Juges: MM. { POTAIN, professeur.
LETULLE et ROGER, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1896

3

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 octobre 1896 à 1 heure

PAR

René-Marie-Georges AUSTIN

Né à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) le 31 Janvier 1870

Ancien externe des Hôpitaux

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LE MÉCANISME ET LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DE

LA PECTORILOQUIE APHONE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
LETULLE ET ROGER, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARD
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONG
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUV
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBEN
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses
séances qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il
n'est leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

INTRODUCTION

Nous étudions dans ce modeste travail, la pectoriloquie et particulièrement la pectoriloquie aphone. Nous voulons essayer, avec les observations cliniques que nous avons pu recueillir, de montrer comment ce symptôme se produit, et ce qu'il peut indiquer au clinicien.

Les auteurs sont, en effet, peu explicites à ce sujet. Ils répètent l'opinion et les interprétations de Bacelli, le célèbre professeur de Rome à qui revient le mérite d'avoir signalé la pectoriloquie aphone.

Il convient d'ajouter cependant que tous font à propos de ce signe de larges réserves.

A part la matité et l'absence de murmure vésiculaire, il n'est pas de symptôme de la pleurésie, qui ne puisse faire défaut dans quelques cas, même la pectoriloquie aphone. Or, l'inconstance de ce phénomène n'est certainement pas liée ainsi que le pense Bacelli,

à des différences dans la constitution du liquide épanché. Nombreuses sont les observations de pleurésie purulente où on a noté la pectoriloquie aphone. Cependant, théoriquement, on n'aurait pas dû la rencontrer.

Mais ce n'est pas l'inconstance seule de la pectoriloquie aphone qui nous a frappé.

Nous avons remarqué, au lit du malade, combien il est difficile de se prononcer, dans certains cas, entre la congestion pulmonaire et l'épanchement pleural. Les deux altérations morbides, d'ailleurs, coexistent souvent. L'hésitation est telle, que seule la ponction explorative permet d'affirmer la présence ou l'absence de liquide dans la cavité pleurale.

Dans plusieurs cas de ce genre, alors que le diagnostic demeurait en suspens, la ponction exploratrice est demeurée négative. Cependant, un grand nombre de personnes familières à l'auscultation avaient perçu comme nous, d'une façon bien nette, la pectoriloquie aphone.

Nous nous sommes alors demandé si ce symptôme, inconstant dans la pleurésie, ne pouvait pas se rencontrer dans d'autres affections de l'appareil pulmonaire. Nous avons cherché en ce sens et nous avons réuni un certain nombre d'observations où la pectoriloquie aphone a été notée en l'absence de tout épanchement pleural.

Si le signe de Bacelli doit être conservé parmi les symptômes de l'auscultation, il faut lui attribuer une plus large signification et ne pas le subordonner aux cas où il existe un liquide séreux dans la plèvre.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir ici remercier tous nos maîtres des précieux enseignements qu'ils ont bien voulu nous prodiguer.

MM. les docteurs Bertin et Hervouët de l'Ecole de Nantes ont guidé nos premiers pas dans la voie de la clinique, et nous en avons gardé le meilleur souvenir.

Le peu que nous savons sur les maladies du tube digestif, nous le devons à M. le docteur Audhoui qui, pendant que nous étions son externe à l'Hôtel Dieu de Paris, ne cessait de nous entretenir de cette importante question.

Nous devons aussi des témoignages de gratitude à M. le Professeur Le Dentu, à MM. les docteurs Fernet et Ferrand dans les services desquels nous avons pu trouver les observations qui servent de base à cette étude.

A M. le Professeur Straus tous nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTOIRE DE LA PECTORILOQUIE

L'expression de « pectoriloquie » fut employée la première fois, par Laënnec, le père de l'auscultation. Il désignait par cette appellation une modification particulière de la voix perçue pendant l'auscultation thoracique. Cette voix semble sortir par le tube même du sthétoscope. Voici d'ailleurs la description de ce symptôme que nous empruntons à l'auteur lui-même : « J'ai donné le nom de pectoriloquie à la résonnance « de la voix qui se fait dans une excavation formée « accidentellement au milieu du tissu pulmonaire. La « pectoriloquie présente de grandes variétés sous le « rapport de l'intensité et de la perfection du phéno- « mène : elle est parfaite, imparfaite ou douteuse. La « pectoriloquie est parfaite, quand, par la transmis- « sion évidente de la voix à travers le sthétoscope, « par l'exacte circonscription du phénomène et de « ceux que la toux, le râle et la respiration donnent

« en même temps, on ne peut en aucune manière la
« confondre avec la bronchophonie. Elle est imparfaite
« quand quelques-uns de ces caractères manquent et
« surtout quand la transmission de la voix n'est pas
« très évidente. Elle est douteuse quand la résonnance
« est très faible et ne peut être distinguée de la bron-
« chophonie qu'à l'aide des signes tirés de l'endroit où
« elle a lieu, des symptômes généraux et de la marche
« de la maladie..... (1) »

D'après l'illustre clinicien, la pectoriloquie s'entendrait au niveau des excavations pathologiques du parenchyme pulmonaire et exclusivement en ces points ; elle serait donc un signe commun aux tubercules ramollis, aux kystes pulmonaires rompus dans une bronche voisine, à un foyer de gangrène ramolli ou à un abcès ouvert dans un conduit bronchique, etc., etc. Encore pour que le phénomène se produise dans toute sa pureté, faut-il que l'excavation soit vide, que le parenchyme pulmonaire soit induré et densifié tout autour, que l'excavation ne soit pas trop profondément située, mais bien au voisinage de la paroi thoracique. Il faut, en outre, que la cavité soit de moyenne dimension de préférence, dit l'auteur et qu'elle com-

(1) LAENNEC. *Traité de l'auscultation médiate*, Edition de la Faculté de Médecine, page 45.

munique largement avec un ou plusieurs canaux bronchiques de quelque importance comme calibre. .

Skoda et avec lui toute l'Ecole allemande ont discuté, non seulement la valeur stéméiologique de ce symptôme, mais même son existence.

Pour Skoda, il n'y a pas de pectoriloquie ; ce signe ne mérite pas d'être distingué de la bronchophonie dont il n'est qu'une variété, ou si l'on veut, une forme un peu particulière.

Aussi les auteurs allemands ont-ils tranché la question en rayant simplement la pectoriloquie des signes de l'auscultation.

Les auteurs du *Traité pratique d'auscultation*, Barth et Roger, ont repris les observations de Laënnec qu'ils ont analysées avec soin, et, comme le dit Barth, dans son article du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1), il a été facile de montrer d'une part, que la pectoriloquie existe et constitue bien un phénomène spécial, différent de la bronchophonie, mais aussi d'autre part que ce symptôme n'a pas la valeur séméiologique que Laënnec avait cru devoir lui attribuer. Ces auteurs ont montré que la pectoriloquie n'est pas un signe propre aux cavernes pulmonaires.

(1) BARTH. *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, article Pectoriloquie, II série, t XXII, page 207.

En effet, il l'ont retrouvée dans d'autres affections du poulmon et même chez des individus sains, présentant une voix forte et des parois thoraciques peu épaissies.

Barth ajoute qu'on rencontre la pectoriloquie :
« Dans certaines pleurésies avec épanchement sur-
« tout dans les périodes éloignées du début, lorsque
« le poulmon comprimé est fortement rétracté sur son
« pédicule. » La pectoriloquie existe donc et mérite d'être conservée avec une place à part parmi les signes fournis par l'auscultation ; comme Aran et Guéneau de Mussy l'ont bien fait remarqué, le pectoriloquie se distingue de la bronchophonie par ce fait, que la voix est distincte, qu'elle est articulée, tandis que dans la bronchophonie, « la voix est indistincte et ne donne à l'oreille qu'un bourdonnement confus. »

Dans son traité des maladies de la poitrine Walshe (1) garde le juste milieu ; selon lui, il faut conserver la pectoriloquie comme signe sthétoscopique distinct ; mais on ne peut pas la rattacher exclusivement à la production des cavernes pulmonaires, car elle peut s'observer dans divers autres cas. Il suffit, pour qu'elle se produise, que deux conditions soient réunies

(1) VALSHE. *Traité des maladies de la poitrine* (Traduction Fonsagrives, page 179.)

d'une part, la présence d'une cavité normale (bronches), ou accidentelle (cavernes, abcès, kystes ouverts dans les bronches), propre à favoriser la résonnance de la voix ; d'autre part l'interposition d'un tissu dense, homogène, entre la cavité et la paroi thoracique, tissu propre à transmettre sans les diminuer les vibrations vocales.

« Toutes les fois, dit Barth, que ces deux conditions
« sont réunies, la pectoriloquie se produit et c'est là
« ce qui explique pourquoi elle est surtout fréquenté
« dans le cas de caverne tuberculeuse creusée dans un
« tissu pulmonaire induré, pourquoi les dimensions
« moyennes de la caverne, la densité et le poli de sa
« surface interne, l'absence de brides traversant sa
« cavité, sa libre communication avec les bronches
« sont les conditions les plus favorables. »

La pectoriloquie indique donc surtout l'état du poumon, et montre, qu'au point où on la perçoit, le parenchyme pulmonaire est induré, densifié, est, en un mot, devenu meilleur conducteur des ondes sonores.

A côté de la pectoriloquie de Laënnec se place la pectoriloquie bien décrite par le professeur Bacelli de Rome en 1875 (1).

(1) BACELLI. *Archivia di medicina, chirurgica ed igiena*. Roma 1875.

Cet auteur, sous le nom de « pectoriloquie aphone », décrit un signe nouveau de la pleurésie avec épanchement, signe très facile à constater et très simple qui permettrait de reconnaître de suite, non seulement la présence d'un épanchement pleural, mais encore la nature et les qualités de cet épanchement.

Etudiant à nouveau ce signe que Oulmont avait déjà observé en 1855, Bacelli a avancé que la pectoriloquie aphone s'entend dans les pleurésies avec épanchement sereux, tandis qu'elle manque dans la pleurésie purulente.

Nous essayerons de montrer l'exagération de l'opinion de l'auteur italien en nous appuyant sur quelques faits bien observés.

Guéneau de Mussy s'est fait en France le défenseur et le vulgarisateur de la découverte de Bacelli. Il décrit minutieusement et dans tous ses détails la façon de rechercher ce symptôme. Il ajoute que c'est faute de les avoir rigoureusement observés que certains auteurs ont dit avoir rencontré la pectoriloquie aphone dans d'autres affections que la pleurésie séro-fibrineuse, voire même chez des sujets sains, parfaitement indemnes de toute maladie pulmonaire ou pleurale.

Lorsqu'on fait parler à voix basse et en articulant bien les mots un sujet atteint de pleurésie séro-fibri-

neuse, on entend à l'auscultation, en oblitérant l'oreille qui n'est pas accolée au thorax, une transmission parfaite et articulée de la voix chuchotée, comme si le malade parlait à voix basse dans l'oreille même de l'observateur ; telle est la pectoriloquie aphone de Bacelli.

Depuis, de nombreuses observations ont démontré, que si la pectoriloquie aphone est un symptôme fréquent de la pleurésie, elle n'en est pourtant pas un symptôme constant, que d'autre part sa constatation ne peut faire préjuger de la nature de l'épanchement, car on l'a perçue dans des pleurésies purulentes, alors qu'elle faisait défaut dans des pleurésies séro-fibrineuses.

Aussi tous les auteurs s'accordent pour faire des réserves sur la valeur de ce symptôme.

Barth, dans son article du dictionnaire encyclopédique est très explicite à ce sujet. Dans le traité de Barth et Roger, les auteurs font de larges réserves, tout en admettant le symptôme comme un signe de pleurésie. Hagen (1), dans son manuel de diagnostic et de propédeutique traduit par J. Toison, en parle également, mais le professeur de l'université de Leip-

(1) HAGEN. *Manuel de diagnostic et de propédeutique*, traduit par J. Toison. Paris, Paris, 1890, p. 62.

sig s'exprime à ce sujet de la façon suivante : « Ce phénomène consiste dans la transmission nette, articulée, on pourrait dire presque intégrale de la voix basse du malade à l'oreille qui ausculte. La pectoriloquie aphone se rencontre dans tous les épanchements pleuraux donnant un souffle intense à l'auscultation. Elle n'a donc point la valeur que lui attribuait Bacelli et sa présence ne caractérise plus les épanchements séreux, qu'à son absence n'indique la pureté de l'épanchement. »

Cependant tous les auteurs qui ont écrit depuis Bacelli sur la pleurésie, ont regardé la pectoriloquie aphone comme un des signes importants de cette maladie, tout en faisant des réserves sur sa valeur diagnostique au point de vue de la composition et des caractères du liquide épanché.

Dans tous les manuels classiques, ce signe est décrit à l'article, pleurésie avec épanchement ; on le retrouve dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales toujours au même sujet. Dans le dictionnaire de Jaccoud (1) voici comment Fernet s'exprime à ce propos : « La recherche de la pectoriloquie aphone donne encore des caractères diagnostics importants ; Bacelli (de Rome) appelle ainsi le phéno-

(1) FERNET, in *Dictionnaire Jaccoud*, p. 174, article pleurésie.

« mène qui se produit lorsqu'on fait parler à voix basse pendant qu'on l'ausculte, un malade atteint l'épanchement pleurétique. Lorsque la transmission « vocale se fait bien, il semble que le malade chuchote directement dans l'oreille de l'observateur. « D'après Bacelli, les liquides homogènes, peu denses, « très fluides, transmettent très nettement la voix « chuchotée ; mais si le liquide épanché s'écarte de la « consistance et de la composition du sérum, s'il est « épais, chargé de flocons d'exsudats, s'il tient en suspension des éléments histologiques, des leucocytes, « des hématies, les vibrations ne se feront plus sentir. « Les signes tirés de ce mode d'exploration apporteraient, *si sa valeur était confirmée*, un sérieux appoint « au diagnostic de la nature des épanchements et « éclaireraient singulièrement le diagnostic de la « pleurésie purulente et des hémorrhagies pleurales. »

L'auteur, comme on le voit, se contente d'enregistrer les assertions du professeur italien, sans affirmer de leur valeur, et en faisant au contraire une large réserve, puisqu'il ajoute un peu plus loin. « Tout ces signes « d'auscultation peuvent faire défaut, et l'on ne retrouve d'autres signes que la matité et l'absence de « murmure vésiculaire: »

D'après les opinions de tous les auteurs précités, on peut conclure de l'histoire de la pectoriloquie aphone

qu'elle est un symptôme inconstant dans la pleurésie et qu'elle n'indique pas d'une façon certaine la nature séro-fibrineuse du liquide épanché dans la cavité pleurale.

MÉCANISME DE LA PECTORILOQUIE APHONE VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE.

Le symptôme « pectoriloquie aphone » doit être recherché avec certaines précautions particulières qui, pour paraître minutieuses, n'en ont pas moins une réelle et très grande importance, si l'on ne veut courir le risque de se laisser induire en erreur.

N. Guéneau de Mussy qui s'est fait en France le vulgarisateur fervent de la découverte de Bacelli recommande de procéder de la façon suivante, si bien résumée par Barth dans son article du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, déjà cité plus haut :

« Pour rechercher la pectoriloquie aphone, on fera placer le malade dans la position assise, les bras croisés sur la poitrine, les mains embrassant les épaules opposées, les coudes élevés pour faire autant que possible basculer les épaules en haut et en dehors : la tête dirigée du côté opposé à celui qu'on

« ausculte. L'observateur appuiera fortement l'oreille
« sur la paroi thoracique, en évitant de mettre son
« épaule ou une autre partie de son corps en contact
« avec le malade : il bouchera l'oreille libre avec le
« doigt. Il fera compter le malade à voix basse en lui
« recommandant de bien articuler les mots et en com-
« mençant par des chiffres d'une prononciation sono-
« re (quarante, etc.).

Dans l'auscultation de la voix et particulièrement dans la recherche de la pectoriloquie aphone, il est souvent bon de faire répéter au malade les mêmes paroles et l'on peut avec avantage, suivant le conseil de Lasèque, lui faire redire lentement des mots sonores et ronflants comme la répétition du chiffre « trente trois ».

C'est en nous conformant très exactement à tous ces préceptes que nous avons procédé à nos recherches, et que nous avons pu constater d'une façon indéniable, puisque le phénomène a été entendu par plusieurs personnes consécutivement, la pectoriloquie aphonique de Bacelli, chez les malades dont nous rapportons les observations.

Barth dit, que dans les cas de pleurésie, la transmission est souvent plus marquée vers le milieu ou à la base de l'épanchement qu'à sa limite supérieure où l'on rencontre plutôt de l'égophonie.

Bacelli donne du phénomène l'explication suivante. Les liquides sont d'autant plus aptes à transmettre les ondes sonores que leur constitution est plus parfaitement homogène, leur densité plus faible. Les liquides denses, contenant en suspension des corps solides, transmettent moins parfaitement les vibrations des sons et de la parole, car une notable partie de ces vibrations est détruite par interférence et par réfraction.

C'est sur ces données théoriques que Bacelli s'est appuyé pour dire que les épanchements séreux de la plèvre, milieux très homogènes, transmettent dans toute leur intensité et intégralement les vibrations vocales, et particulièrement aux points déclinés où le parenchyme pulmonaire est plus fortement comprimé.

Au dernier congrès français de médecine interne tenu à Nancy du 6 au 10 août 1896, notre maître M. le Professeur Hervouët de Nantes (1) a présenté une communication sur l'auscultation des pleurétiques dans laquelle il est vrai il ne fait pas mention de la pectoriloquie aphone, mais qui ne laisse pas de présenter pour nous un très grand intérêt :

(1) HERVOUËT. Sur l'auscultation des pleurétiques ; troisième congrès français de médecine interne tenu à Nancy du 6 au 10 août 1896. *Comptes rendus de la Semaine médicale*, n° 43. 26 août 1896.

« On enseigne généralement, dit M. Hervouët, que
« le bruit de souffle pleurétique et l'égophonie sont
« engendrés purement et simplement par la présence
« d'un épanchement dans la plèvre. On explique ces
« phénomènes par le changement de consistance du
« tissu pulmonaire comprimé. S'il en était vraiment
« ainsi, le souffle serait constant dans la pleurésie ;
« or, il ne l'est pas ; beaucoup de cas évoluent com-
« plètement, sans s'accompagner de ce phénomène
« stéthoscopique, quelle que soit la quantité de liquide
« épanché, et, d'ailleurs, la présence du liquide en re-
« foulant le poumon est incapable d'en modifier vrai-
« ment la consistance. Il faut donc admettre, quand il
« y a bruit de souffle, que celui-ci est produit par une
« altération pulmonaire sous-jacente et indépendante
« (tuberculose, pneumonie, bronchopneumonies di-
« verses), réalisant le souffle tubaire, lequel prend un
« timbre particulier parce qu'il est transmis à l'oreille
« par une couche liquide. Le même raisonnement
« s'applique à l'égophonie qui est aussi inconstante
« que le souffle. D'où cette conclusion que le souffle
« pleurétique et l'égophonie nous renseignent non sur
« l'état de la plèvre, mais sur l'état du poumon. »

Vous avons tenu à rapporter tout entière cette communication de M. Hervouët, car nous croyons que ce qu'il a avancé pour le souffle et l'égophonie nous pou-

vons l'appliquer à la pectoriloquie aphone et pour les mêmes raisons.

En effet, pour que la transmission de la voix chuchotée puisse se faire à travers le poumon, la plèvre et la paroi thoracique jusqu'à l'oreille de l'auscultateur, il faut, la chose est évidente, que le retentissement et l'articulation de la voix chuchotée soient transmis par des tissus bons conducteurs des vibrations sonores. Or le poumon simplement refoulé par un épanchement liquide n'est pas particulièrement propre à cette transmission. Il faut donc que le parenchyme pulmonaire soit modifié quant à sa densité et c'est précisément ce qui se produit dans les cas où le poumon est congestionné, infiltré, induré par un processus pathologique quelconque.

Pas plus que l'égophonie ou le souffle, la pectoriloquie aphone n'est un signe constant de pleurésie. Nous avons vu, dans certains cas, qu'elle peut faire défaut pendant toute la durée de la maladie. Si ce signe était dû exclusivement à la présence d'un liquide épanché dans la plèvre, il devrait être d'autant plus net que la quantité de liquide serait plus grande, or il n'en est rien. On rencontre à chaque instant des pleurésies à grands épanchements où la pectoriloquie aphone n'existe pas, tandis que dans certaines autres, où la

plèvre recèle une mince couche de liquide, le phénomène se manifeste dans toute sa pureté.

La présence d'un liquide dans la plèvre n'est donc pas suffisante pour expliquer la présence de la pectoriloquie aphone. Il faut alors chercher ailleurs.

On sait toute la difficulté que peut présenter dans certaines circonstances le diagnostic différentiel entre la congestion pulmonaire intense et la pleurésie. Dans les deux cas, mêmes symptômes : point de côté, oppression, matité, souffle, absence de murmure vésiculaire ; nous y avons recherché la pectoriloquie aphone. Dans le cas où nous l'avons observée, nous pensions la question tranchée en faveur de la pleurésie ; or, ce n'est pas sans étonnement que nous avons vu une ou plusieurs ponctions exploratrices faites à divers niveaux, rester absolument négatives et ramener du sang plus ou moins aéré, si la ponction était faite avec une longue aiguille, pénétrant dans le poumon congestionné. La pectoriloquie aphone, signe inconstant dans la pleurésie peut donc se rencontrer dans d'autres affections de l'appareil respiratoire et particulièrement dans les maladies du poumon, indépendamment de toute collection liquide dans la plèvre.

La pectoriloquie aphone serait alors le résultat de la transmission des vibrations vocales à travers le poumon devenu plus homogène, devenu meilleur conduc-

teur des ondes sonores. Rationnellement, ce signe peut donc se rencontrer dans un certain nombre d'affections pulmonaires, nos observations le montrent d'ailleurs amplement. C'est ainsi qu'on trouvera ce symptôme dans la congestion pulmonaire, dans la pneumonie, la spléno-pneumonie, les différentes variétés de broncho-pneumonies, parce qu'alors le tissu pulmonaire a gagné en homogénéité, et que, selon les lois de l'acoustique médicale, les vibrations vocales traverseront d'autant mieux le poumon, qu'il offrira une consistance plus homogène.

On pourra encore percevoir la pectoriloquie aphone dans certains cas de tuberculose pulmonaire, soit à la période du début, lorsque les granulations entretiennent une réaction et un état congestif de quelque intensité, soit un peu plus tard, lorsque le parenchyme pulmonaire induré est infiltré de produit tuberculeux.

Maintenant que nous connaissons bien l'existence des pleurésies métapneumoniques nous nous expliquons pourquoi la pectoriloquie aphone est si fréquente dans les pleurésies avec épanchement.

On sait, d'autre part, que dans une pleurésie séro-fibrineuse, il y a souvent derrière l'épanchement une zone plus ou moins étendue de congestion soit par le fait simple du refoulement du poumon, soit à cause

d'une lésion primitive ou secondaire de celui-ci.

Il découle de tout ce qui précède que la pectoriloquie aphone n'est pas un signe spécial à la pleurésie, et que d'autre part la théorie de Bacelli basée sur la présence d'un liquide séreux ne suffit pas à expliquer le phénomène, puisque celui-ci apparaît à défaut de tout épanchement. C'est donc plutôt la condensation et l'homogénéité du poumon qui dans tous les cas pourront nous donner l'explication de ce symptôme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. Poug..., âgée de 21 ans, brodeuse, entre le 27 mars 1892, à la salle Guersant, dans le service de M. le docteur Ferrand, à Laënnec, où elle occupe le lit n° 12.

Antécédents. — Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. La malade a toujours été chétive : elle a eu la scarlatine, puis la rougeole vers quatre ou cinq ans : à treize ans, elle fut atteinte d'une fluxion de poitrine. C'est à l'âge de quatorze ans qu'elle a vu ses règles s'établir, mais avec de longs retards. Elle eut ensuite la grippe en 1890, et à 21 ans, elle accoucha de son premier enfant.

Histoire actuelle. — Il y a environ douze jours que cette jeune femme est tombée malade. Elle a ressenti tout d'abord un malaise général, puis a eu de la fièvre, un point de côté à droite et plusieurs petits frissons répétés. On lui a fait mettre avant son entrée deux vésicatoires. Actuellement, cette malade a perdu l'ap-

pétit, sa langue est sale et chargée, un peu sèche : la malade est constipée. Elle se plaint aussi d'accès d'oppression très vive, avec sensation d'étouffement. Ces deux signes se manifestent surtout quand la jeune femme veut marcher ou monter un étage. La toux fréquente et pénible est une petite toux sèche et quinteuse.

A la percussion, on trouve en arrière et à droite une matité très étendue, remontant au moins à l'épine de l'omoplate ; en avant le défaut de sonorité est perceptible d'une façon très nette jusque vers le creux sous-claviculaire.

A l'auscultation, on entend à droite, au niveau du point où finit la matité, un souffle qui est assez rude. La voix a tous les caractères de la voix de mirilton, il y a transmission de la voix chuchotée principalement vers la limite supérieure de la matité. En bas, en arrière et à droite on ne perçoit plus aucun bruit respiratoire normal ou anormal.

Au palper, les vibrations thoraciques ont complètement disparu à droite dans la moitié inférieure du poumon. Pas de déplacement ni de refoulement des organes.

On porte le diagnostic de pleurésie et une ponction évacuatrice est faite séance tenante avec l'aspirateur de Potain. Lentement et sans provoquer de toux quinteux on retire 1.500 gr. d'un liquide un peu louche,

légèrement roussâtre sous une certaine épaisseur, il mousse beaucoup. Bientôt la malade est prise d'une quinte de toux, elle se plaint de tiraillements dans le côté droit, on arrête l'évacuation.

Le 28 mars, le malade n'a plus de dyspnée ; la température reste un peu élevée ; la toux persiste avec les mêmes caractères, mais moins intense.

A la percussion, on n'entend plus de souffle, mais des râles bullaires et de frottements mêlés de râles à timbre humide sur presque toute la hauteur ; la respiration s'entend très près de l'oreille, l'égophonie a disparu mais la pectoriloquie aphone persiste, elle est même plus forte.

Le 30 mars, la respiration s'entend de mieux en mieux, seuls les râles demeurent.

Le 5 avril, l'amélioration continue ; la malade commence à manger.

Le 6 avril, les râles ont à peu près disparu. La malade reprend des forces, elle se lève ; son état général est excellent, quelques jours après, elle quitte l'hôpital complètement rétablie.

OBSERVATION II

Henri Lamb..., âgé de 30 ans, couvreur, entre à l'hôpital Laënnec le 16 novembre 1892, salle Cruveilhier n° 5, service de M. le docteur Ferrand.

Cet homme ne présente rien à noter ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Histoire actuelle. — Depuis un mois, cet homme trouve qu'il a maigri et se plaint surtout de fièvre et d'oppression avec un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine. A la percussion, on ne trouve qu'un peu de matité des deux côtés de la poitrine, mais sans différence notable d'un côté à l'autre.

A l'auscultation, on ne perçoit pas de râles. La respiration est un peu soufflante des deux côtés et surtout au niveau des gouttières vertébrales où le souffle est plus rude et plus intense que le souffle bronchique ordinaire.

Les vibrations thoraciques ne sont pas abolies, elles seraient plutôt exagérées de chaque côté de la colonne dorsale. En faisant parler le malade à voix basse,

on entend très nettement la transmission de la voix chuchotée.

La température monte à quarante degrés, le soir. On pense à une pleurésie et on pratique une ponction exploratrice à gauche. Cette ponction ne donne aucun résultat ; on ne retire pas une goutte de liquide.

Le lendemain, 17 novembre, la température reste haute, 39° le matin, 39°9 le soir, le malade est un peu oppressé. Pas de signes locaux nouveaux. On ordonne le régime lacté.

Le 17 novembre, la température s'abaisse et reste ainsi que le jour suivant à 38° le soir, à 37° le matin. Cependant le malade n'accuse aucune amélioration.

Le 21, le malade est pris d'un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur ; sa température monte à 40°3 et reste le 22 entre 39 et 40 pour descendre à 37° le 24 novembre.

Interrogé sur ses lieux d'habitation, le malade déclare n'avoir jamais quitté Paris ; jamais il n'a été aux colonies ; jamais il n'a présenté d'accès palustres.

Le 26 novembre, nouvelle ascension de la température à 40° et au-dessus, avec frisson, chaleur et sueur.

Aucun changement dans les symptômes locaux.

Chute de la température à 37° ; le 28 novembre.

Depuis ce moment le malade n'a pas cessé jusqu'à sa mort de présenter une température de 40° pendant

deux jours, et une température de 37° pendant trois jours. Ces oscillations singulières de la température se sont ainsi continuellement succédé avec une régularité remarquable pendant toute la maladie bien qu'on ait tenté de lui faire prendre du sulfate de quinine régulièrement, tantôt avant ses accès, tantôt pendant les périodes de température élevée, tantôt pendant les phases apyrétiques. Jamais les accès n'ont paru influencés chez lui par le sulfate de quinine.

Le 6 décembre, on pratique une nouvelle ponction exploratrice à gauche au-dessous de la première, mais sans plus de succès. Aucun autre signe local.

Le 10 novembre, nouvelle élévation de température à 40°.

A la percussion, submatité un peu plus accusée à gauche qu'à droite.

A l'auscultation, on entend toujours du retentissement de la voix et de la pectoriloquie aphone.

Le 11, il semble exister une zone de matité plus nette sur la ligne axillaire au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux. On fait une ponction exploratrice sans résultat. Une seconde ponction avec une longue aiguille ramène un peu de pus.

Le 12, on pratique l'opération de l'empyème qui conduit dans un foyer de pleurésie purulente interlo-

baire gauche, du volume d'une orange environ. Drainage et lavage à l'eau phéniquée faible.

La température s'abaisse pendant trois jours.

Pansements et lavages quotidiens.

Le 16 décembre, la température remonte à 40° avec frisson, chaleur et sueur et reste élevée pendant deux jours comme précédemment pour redescendre ensuite pendant trois jours et ainsi de suite. Depuis, le malade a été en s'affaiblissant de plus en plus, il a maigri beaucoup.

Son état général s'est aggravé progressivement jusqu'à la fin de janvier 1893 et il est mort le 22 du même mois à la fin d'une de ses périodes apyrétiques. Il n'avait présenté aucun symptôme nouveau.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve le médiastin rempli par un énorme bloc sarcomateux qui avait envahi surtout le poumon gauche. La trachée et les bronches étaient complètement cachées dans la masse néoplasique.

On voit la cavité de la pleurésie purulente, située au sein de tissu sarcomateux et occupant bien la scissure interlobaire.

On trouve dans le foie plusieurs autres noyaux de sarcome.

Rien de particulier dans les autres organes.

Les pièces de cette autopsie ont été présentées à la société anatomique par M. Walch, interne du service.

OBSERVATION III

Le nommé Albert Gar..., âgé de 50 ans, vidangeur, entre à l'hôpital Beaujon le 30 mai 1894, salle Monneret, lit n° 23, service de M. le docteur Fernet.

Antécédents. — Il y a quatre ans, cet homme a eu une laryngite qui a duré près d'un an et pour laquelle il a été soigné. On a porté le diagnostic de laryngite tuberculeuse ; il s'est cependant bien remis.

Il n'a jamais eu la syphilis.

Il est buveur bien avéré de son propre aveu.

Histoire actuelle. — La maladie pour laquelle il vient à l'hôpital a débuté il y a environ sept ou huit mois. Il toussait un peu d'habitude, cependant il remarquait qu'il se fatiguait plus vite que de coutume.

Il avait des sueurs nocturnes et maigrissait beaucoup. Toutefois cet homme n'avait jamais présenté d'hémoptysies et continuait à travailler.

A la suite d'un grand surmenage, il y a quatre semaines, il a senti une douleur sourde dans le côté droit

de la poitrine et il a été pris d'une oppression très vive ; en même temps il eut plusieurs frissons, de la céphalalgie, de la fièvre et une petite toux sèche, quinteuse et opiniâtre. Il dut interrompre son travail et se mettre au lit.

Ayant consulté un médecin, celui-ci porta le diagnostic de pleurésie et pratiqua une ponction aspiratrice avec l'appareil Potain le 11 mai.

Cette ponction donne issue à un litre et demi de liquide séreux mais un peu louche.

Le 13 mai, dernière ponction et extraction de deux litres de liquide franchement purulent.

Le 19 mai, nouvelle ponction qui permet de retirer un litre et demi de pus franc.

A son entrée à l'hôpital cet homme présente les symptômes suivants :

A la percussion, on trouve de la matité en arrière et à droite, remontant un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Dans l'aisselle, la matité remonte jusqu'à la moitié de la hauteur du poumon environ. En avant on constate au contraire sous la clavicule droite, une sonorité exagérée véritablement tympanique.

A la palpation, le côté droit de la poitrine est très amplifié ; la peau semble un peu épaissie par comparaison avec le côté opposé.

Des vibrations thoraciques sont complètement abolies dans toute l'étendue de la zone de matité.

Auscultation. — Du côté gauche, on entend bien la respiration qui est même un peu exagérée et on perçoit en outre vers la base et en arrière des râles sous-crépitants fins.

A droite, en arrière et dans l'aisselle, le silence est absolu dans la moitié inférieure lorsque le malade respire.

Cependant au moment des grandes inspirations on perçoit aussi quelques crépitations indiquant que le poumon n'est plus indemne.

On entend en outre du souffle pleurétique bien net, en dehors, dans la fosse sous-épineuse.

Lorsque le malade parle à voix haute, on ne perçoit pas d'égophonie, mais lorsqu'il compte ou parle à voix basse en articulant bien, on a nettement de la pectoriloquie aphone dans la zone où on perçoit le souffle et un peu au-dessous, là où s'entendent les crépitations dans les grandes inspirations.

On porte le diagnostic de pleurésie avec cette réserve que derrière le liquide il pourrait bien y avoir un petit foyer de gangrène pulmonaire ou tout au moins un noyau de congestion du poumon.

Une ponction donne issue à du liquide purulent qui,

examiné au point de vue bactériologique, est reconnu à streptocoque pur.

Plusieurs ponctions, suivies de lavage à l'eau boricuée naphtolée, restent sans résultat. Le liquide purulent se reproduit. L'état général devient mauvais ; le malade est oppressé, il perd l'appétit complètement, son tein devient pâle et terreux.

Il subit l'opération d'Estlander. Décès.

A l'autopsie, derrière la pleurésie purulente on trouve un foyer d'hépatisation pulmonaire assez étendue.

OBSERVATION IV

Le nommé Eugène B... entre à l'hôpital Laënnec le 13 mai 1892. C'est un homme de 38 ans, mécanicien, qui occupe un brancard dans la salle Cruveilhier, service de M. le docteur Ferrand.

Antécédents héréditaires. — Le père de ce malade est mort à l'âge de 42 ans de tuberculose pulmonaire. Une de ses sœurs est morte aussi de la poitrine, lui-même a eu un enfant qui est mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Dans son enfance cet homme a eu la fièvre scarlatine, il est éthylique et présente les signes communs de l'intoxication chronique par l'alcool.

Histoire actuelle. — Il y a un an, le malade a pris froid. Il tousse depuis cette époque. Depuis trois mois, il se sent affaibli et incapable de fournir son travail ordinaire. Il a commencé alors à tousser beaucoup. Son appétit à diminuer progressivement. Actuellement il mange peu et vomit parfois après des quintes de toux.

Depuis deux mois, il y a un peu de diarrhée.

A la percussion de la poitrine, on note au sommet gauche et en arrière de la submatité ; en avant du même côté, un peu de submatité également et de la résistance au doigt.

A l'auscultation, on entend à droite une respiration à peu près normale, un peu exagérée. A gauche, en arrière, la respiration est soufflante au sommet ; on y entend quelques craquements secs et des craquements humides, qui occupent à peu près le quart supérieur du poumon.

En avant, à gauche, on aperçoit seulement quelques craquements secs. Du même côté, les vibrations thoraciques sont exagérées.

Quand on fait parler le malade en auscultant le

sommet gauche, on a de la bronchophonie, et quand il parle à voix basse une pectoriloquie aphone bien nette, qui disparaît au-dessous de l'épine scapulaire.

On porte le diagnostic de tuberculose du sommet du poumon gauche.

Traitement. — Huile de foie de morue créosotée, pointes de feu ; après quelque temps de séjour à l'hôpital, le malade sort un peu remonté.

OBSERVATION V

Marie B..., âgée de 22 ans, plumassière entre le 18 février 1891 à l'hôpital Laënnec, service de M. le docteur Ferrand.

Antécédents héréditaires. — Sa mère morte d'une fluxion de poitrine à 37 ans, une fille est morte de la rougeole en bas âge. Son mari est mort d'une affection pulmonaire.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'à 12 ans, époque à laquelle ses règles se sont établies normalement.

A 19 ans première couche, une seconde à 20 ans,

Deux mois après, elle a la rougeole, à 22 ans troisième couche suivie d'une hémorrhagie assez forte.

Histoire actuelle. — Il y a deux mois que la malade tousse, elle a commencé un mois après son dernier accouchement.

Elle a perdu des forces.

Cependant l'appétit est conservé, mais la malade se plaint d'une toux grasse, la nuit surtout ; elle crache beaucoup et se trouve essoufflée dès qu'elle monte les escaliers ou marche un peu vite.

A la percussion, on constate de la matité au sommet droit surtout en arrière. A gauche, vers la base, on trouve un peu de submatité très légère.

A l'auscultation, on entend quelques râles ronflants et sibilants vers la moitié inférieure du poumon gauche. A droite, au sommet, et en arrière la respiration est soufflante, on perçoit quelques craquements secs mêlés de craquements humides. Lorsqu'on fait parler la malade à voix haute, on trouve cette voix retentissante (bronchophonie) ; dans le parler à voix basse, on a une transmission très nette dans l'oreille des sons et des mots, dans le quart supérieur du poumon. La partie inférieure du poumon droit respire normalement.

Le 19 février, la malade est dans le même état.

On lui fait une application de pointes de feu, traitement général.

Le 27 février, l'état général s'est amélioré, le poumon gauche ne laisse entendre que quelques ronchus sonores.

L'état local est stationnaire du côté droit.

La malade sort le 2 mars et n'as pas été revue.

Elle n'a eu qu'un peu de fièvre les 2 premiers jours.

OBSERVATION VI.

Jules H... âgé de 34 ans, exerçant la profession de grainetier, entre à l'hôpital Beaujon le 11 mars 1891, salle Monneret, où il occupe un brancard. Service de M. le Docteur Fernet.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Un de ses frères est mort à 42 ans, il ne sait de quelle maladie.

Lui a eu l'influenza il y a environ six ans. Il a souffert plusieurs fois de la gorge depuis une dizaine d'années.

Il est manifestement éthylique.

Histoire actuelle. — Il y a quinze jours à peu près qu'il est malade. Il a commencé par perdre l'appétit ; puis il a ressenti des douleurs dans la région épigas-

trique et il a eu de la fièvre et des vomissements bilieux et alimentaires avec frissons répétés.

Le lendemain, du jour où ces premiers troubles ont apparu, il a eu un point de côté à droite et s'est senti vivement oppressé ; il dit que par moments, il lui passe comme des sueurs froides.

Maintenant, il a la voix un peu enrouée, il tousse peu et sa toux est sèche et quinteuse, il expectore très peu et ses crachats n'ont aucun caractère. Le malade ne paraît pas très oppressé, mais il se plaint d'un point douloureux persistant du côté droit.

A la percussion, on trouve une submatité bien nette du côté droit ; la respiration y est très affaiblie en avant et en arrière, surtout vers la base.

Quand on fait parler cet homme en l'auscultant, on n'entend pas d'égophonie bien nette ; mais quand il parle à voix basse, on constate vers la partie moyenne du poumon droit, de la pectoriloquie aphone qui se continue en diminuant vers la partie inférieure en arrière.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont notablement diminuées à droite dans la moitié inférieure.

La langue est sale, saburrale, le malade n'a pas d'appétit, il se plaint d'une soif très vive.

On porte le diagnostic de pleurésie à faible épanchement ou de spléno-pneumonie.

Une ponction exploratrice montre que la plèvre droite ne renferme pas de liquide.

Le 15 mars, même état.

Le 20 mars, la respiration reparait plus nette du côté droit, on entend le murmure vésiculaire, la pectoriloquie aphone a disparu, ainsi que le point de côté.

Le malade reprend des forces de jour en jour ; l'appétit renaît et le malade quitte l'hôpital en pleine convalescence.

OBSERVATION VII

Maurice Jol... cordonnier, âgé de cinquante et un ans, entre le 7 avril 1891 à l'hôpital Beaujon, salle Monneret, n° 10 *bis*, dans le service de M. le docteur Fernet.

Cet homme d'une forte constitution a eu une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à 34 ans ; il en a eu une seconde, à 43 ans ; à 22 ans, il avait eu une fluxion de poitrine, et à 41 ans une pneumonie. Il est fortement éthylique.

Le 3 avril 1894, après avoir pris froid, il ressent un violent frisson et un point de côté à droite ; il a une forte fièvre. Deux jours après, il présente une

éruption légère d'herpès naso-labial. Durant ces deux jours, il a eu de petits frissonnements répétés qui se continuent encore le troisième jour.

A son entrée à l'hôpital, il est très oppressé et un peu agité.

A la percussion, matité presque complète dans les deux tiers supérieurs du poumon droit en arrière.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont augmentées de ce côté.

En auscultant le malade, on trouve à droite un foyer de souffle très intense et assez étendu ayant bien le caractère du souffle tubaire. On perçoit encore quelques râles crépitants fins.

A l'auscultation de la voix, bronchophonie très nette ; si on fait parler le malade à voix basse on constate que la voix chuchotée est transmise exactement dans l'oreille avec un timbre assez rude.

Cet homme se plaint de céphalalgie intense, son point de côté droit persiste toujours. La température monte à 39° et un peu au-dessus sans rémissions matutinales. Le malade, les jours suivants a du délire professionnel, la température se maintient aux environs de 40.

Le 11 avril, l'agitation est extrême, le malade est en plein accès de délirium tremens.

On porte le diagnostic de pneumonie alcoolique, et

on prescrit le régime lacté, les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine.

Le lendemain, le malade est un peu plus calme, mais l'état local ne s'est pas amélioré, malgré six ventouses scarifiées et des ventouses sèches.

Le 14 avril, la respiration s'embarrasse, l'auscultation est à peu près impossible, le soir état comateux, le lendemain 15 avril, mort.

A l'autopsie, on trouve de l'hépatisation des deux tiers inférieurs du poumon droit. Les fragments de parenchyme pulmonaire prélevés à ce niveau, coulent au fond de l'eau.

Il n'y a pas trace d'épanchement dans les plèvres ; un peu de liquide dans le péricarde.

Lésions d'athérome du côté de l'aorte-Reins scléreux et congestionnés.

OBSERVATION VIII

Catherine Moi..., âgée de 45 ans, entre à l'hôpital Necker le 22 juin 1896 dans le service de M. le docteur Le Dentu, salle Lenoir, n° 4.

Cette malade avait été vue plusieurs fois à la con-

sultation de gynécologie où on l'avait engagée à entrer à l'hôpital pour se faire opérer d'un volumineux fibrome utérin. Le jour de son entrée, elle avait quelques phénomènes infectieux et un peu de poussée inflammatoire péritonique autour de sa tumeur ; la veille elle avait eu chez elle plusieurs frissons consécutifs. Elle s'était senti de la fièvre, un peu de gêne et de douleur dans le côté gauche de la poitrine en respirant.

A l'examen, on trouve une malade très oppressée et toussant un peu ; son facies est défait, les pommettes sont colorées.

A la percussion, on constate en arrière et du côté gauche de la poitrine une zone de matité à peu près complète, répondant aux deux tiers inférieurs du poumon. Les vibrations thoraciques y sont pourtant perçues à la main à peu près comme du côté opposé.

A l'auscultation, on n'entend absolument aucun bruit respiratoire dans la zone de matité ; le silence y est absolu. Si l'on fait parler la malade à haute voix en l'auscultant à ce niveau on ne trouve pas d'égophonie, mais un peu de bronchophonie. Quand elle parle à voix basse en articulant bien le chiffre « trente-trois », on trouve une transmission parfaite et absolument typique de la voix chuchotée.

Une ponction exploratrice reste absolument négative.

La température se maintient en oscillant aux environs de 39°.

Le 25 juin, on perçoit à l'auscultation du côté gauche de la poitrine où la matité persiste, quelques râles fins de congestion pulmonaire dans presque toute la hauteur du poumon.

La pectoriloquie aphone persiste avec la même netteté.

Application des ventouses ; opium, alcool, régime lacté.

La malade se sent mieux vers le 1^{er} juillet. Elle respire plus facilement. Il existe encore quelques râles de congestion mais très peu ; la pectoriloquie n'est plus nette.

Le 12 juillet 1896, elle quitte l'hôpital pour aller à la campagne, avant de se faire opérer de son fibrome.

Les limites nécessaires de ce travail nous obligent à nous contenter de ces quelques observations. Mais il serait facile de les multiplier, car les affections pleuro-pulmonaires ne sont pas choses rares.

CONCLUSIONS

Une pleurésie, traitée d'après le travail et des considérations que nous y avons faites, nous paraît être conduire à l'un des conclusions suivantes qui résument cette étude.

I — La pleurésie apurée se manifeste comme une éruption pleurale et un épanchement localisé dans la pleurésie séro-fibrineuse.

II — Dans la pleurésie purulente ou séro-hémique la pleurésie apurée se développe comme se manifeste, on peut quelquefois la prévenir à son tour, être guérie.

III — La pleurésie apurée se manifeste en effet dans les affections pulmonaires sous-épanchées, dans la séreuse pleurale (pneumonie, tuberculose, congestion pulmonaire, etc.).

IV. — La production de la pectoriloquie aphone est due surtout à la condensation du parenchyme pulmonaire qui devient ainsi plus apte à transmettre les vibrations sonores.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le président de la thèse,

STRAUS.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	7
Histoire de la Pectoriloquie aphone.....	10
Mécanisme de la Pectoriloquie aphone. — Valeur séméiologique.....	20
Observation I.....	31
— II.....	34
— III.....	38
— IV.....	41
— V.....	43
— VI.....	45
— VII.....	47
— VIII.....	49
Conclusions.....	53

